Iglesia Catolica San Juan Apostol
Registración para la Educación Religiosa 2015 - 2016

Nombre Familiar:

Padre de Familia

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Esposa

Nombre:_____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Información Familiar:

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Casa/Celular/Otro

Idioma de preferencia para la información que enviamos a casa (circular una): Ingles / Español / Cualquiera

(Por favor díganos, si no se siente cómodo con el inglés y habla Español u otro idioma; queremos ayudarlo):

Información de Estudiante:

Nombre/Segundo Nombre/Apellido: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Fecha de Nacimiento Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Sacraments Received:
Bautismo [ ] Yes [ ] No Primera Comunión [ ] Yes [ ] No Confirmación [ ] Yes [ ] No

---

Publicación de fotografía de menores, en folletos y Página de Internet

Por medio de la presente doy mi permiso a San Juan Apóstol en Oregón City de usar las fotografías de (el, los) menores mencionados arriba. SJA puede usar la foto en (Marcar todos los que apliquen): Pagina web, Pisaron de anuncios, Folletos para uso en la Iglesia solamente

Este permiso para el uso de las imágenes fotográficas será efectivo al firmar esta forma y hasta que el permiso sea revacado solamente de manera escrita directamente a San Juan Apóstol.

Padre / Tutor: _____ Date: _____

Educación religiosa pago:
[ ] CRE K-5 and Grupo de Jovenes : $40.00
[ ] Primera Confesion/Comunión (incluye pago de CRE): $60.00
[ ] Confirmación (incluye pago de Grupo de Jovenes): $150.00

Payment:

Payment:

Payment:

Total:

Paid in Full [ ]

Name: _____

Archdiocese of Portland
Student/youth emergency information and procedure form

In case of illness, accident or emergency to the student named above, the Arch diocese of Portland and its representatives are authorized to proceed as indicated below (throughly complete the following information)

1) Contact: _____ Phone: _____

2) Contact: _____ Phone: _____

Family Physician: _____

Take student to this emergency hospital: _____

Other: _____

Allergies (food, drugs, insects etc.)

_____

_____

Please indicate any medications child is currently on, injuries, recent surgery, prolonged illness, corrective lenses or special health problems that would help emergency personnel care for your child or which may require special attention.

_____

_____

_____

Name of Medical Insurance Company: _____

Group or I.D. Number: _____

I authorize the Archdiocese of Portland and its representative (St. John the Apostle) to use their judgement in determining emergency care and procedures for my child. I also understand and agree that the Archdiocese assumes no financial obligations for expenses incurred in carrying out emergency procedures and/or emergency transportation.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____